

ANNEXE 3 bis

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL

AVIS MEDICAL

Identité du demandeur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Affectation actuelle :

Quotité effectuée en 2025/2026 :

Situation particulière en 2025/2026 (congé maladie ordinaire, congés longs, temps partiel thérapeutique)

Déclaration création entreprise ou cumul d'activités

Signature du demandeur

Partie à remplir par le médecin ou informations devant apparaître sur le certificat médical rédigé

Identité du médecin (tampon et signature)

Statut du médecin : médecin traitant spécialiste

ATCD médicaux

Traitements médicamenteux

Suivi médical particulier (fréquence des consultations, soins paramédicaux...)

Description de la situation médicale actuelle :